

Dora Carteiro
António Manuel Marques

Os homens e a gravidez



TRABALHO DE REVISÃO. A transição para a parentalidade implica um conjunto de transformações nos planos individual e conjugal. A gravidez, em particular, constitui-se como um período de desafios onde se articulam as dimensões física, psicológica e social, com implicações ao nível da interação e das vivências sexuais.

Existe bastante conhecimento acumulado acerca do modo como as mulheres vivenciam a gravidez, incluindo os aspectos de ordem sexual. A comunidade científica, contudo, não tem dedicado especial atenção ao modo como os homens vivenciam este período e, sobretudo, as implicações deste ao nível da sexualidade.

A partir do olhar localizado na nossa prática de enfermagem junto de casais e famílias durante a gravidez, propusemo-nos contribuir para o aumento do conhecimento sobre o impacto da gravidez na função sexual masculina e a sua relação com a gestão dos níveis de ansiedade durante esse período.

Palavras-chave: gravidez, sexualidade masculina, ansiedade

Introdução

Na diversidade de estudos apresentados e analisados anteriormente parece não existir uniformidade em relação à temática e pouca exploração específica da perspectiva masculina, a qual pode ser fortemente influenciada pelos contextos das pesquisas e outras variáveis condicionantes. Este aspecto reforça a necessidade da continuação da investigação com o objectivo de aumentar o conhecimento científico neste tema e na realidade nacional.

Investigar sobre a sexualidade durante a gravidez é reconhecer a sua importância num período de inegáveis transformações físicas e emocionais. Analisar esta temática sob a óptica masculina é, ainda hoje, algo inovador.

As primeiras referências na literatura à importância do pai durante a gravidez e parto surgem por volta dos anos 60. Ao homem é-lhe atribuída a função de suporte emocional à mulher e assim um melhor acolhimento da criança (Camus, 2000).

Nos últimos anos, têm surgido estudos e obras sobre os aspectos psicológicos da gravidez, mas, os aspectos psico-afectivos da gravidez, os sentimentos e os comportamentos sexuais não se encontram tão estudados, especialmente em ambos os membros do casal, pois os trabalhos tendem a omitir a visão masculina da sexualidade na gravidez (Trindade, 1987). Nos itens seguintes, através da revisão bibliográfica e reflexão teórica, procuraremos aprofundar esta temática, tentando compreender a natureza da fraca valorização da experiência dos homens no que se refere à gravidez e à sexualidade nessa fase do desenvolvimento conjugal.

Envolvimento masculino na gravidez

Numa gravidez, mais do que falar na mulher grávida ou gestante, importa falar no casal grávido, ou seja, neste momento de crise, também o parceiro está implicado. A gravidez é um momento que propicia grandes momentos de intimidade, relacionando-se frequentemente com um desejo de auto-concretização também para o homem.

O processo de adaptação da família à gravidez ocorre num ambiente cultural, em que a gravidez corresponde a um momento de crise que constitui um período de instabilidade emocional quer para a mulher, quer para o homem (Bobak, et al., 1999).

Se a mulher grávida passa por um processo de ajuste, de forma a permitir-lhe desempenhar o seu novo papel, deve admitir-se que também o homem passa por um momento de crise e de grande estranheza, onde o universo parece girar em torno da mulher (Bobak, et al., 1999).

Vários autores referem que na transição para a parentalidade, também para o homem a gravidez é uma fase repleta de emoções, sentimentos

contraditórios, ambivalentes e conflituosos, sentidos de diferentes formas. Os homens também necessitam de adaptações, reavaliações e ajustes psicológicos (Colman & Colman, 1994; Bobak, et al., 1999; Camus, 2000).

O homem sente que as suas responsabilidades e solicitações aumentaram e, como vimos, a mulher transita para um novo estágio, passando por modificações profundas no aspecto físico e encontrando-se num percurso psicossocial complexo.

Ser pai não envolve, obviamente, as mesmas experiências físicas vividas pela mulher grávida. Contudo, as experiências da gravidez e nascimento de um filho também são profundas para o pai.

O envolvimento e apoio emocional do pai na gravidez, parto e pós-parto, influencia fortemente o desenrolar de todos estes processos, funcionando como agente participante e activo, beneficiará a sua auto-estima, a da mãe e a comunicação entre o casal (Pereira, 2005).

O homem pode sentir-se orgulhoso com a perspectiva de ser pai mas, pode questionar a sua capacidade para o ser. Isso não significa que não sinta prazer com a vinda do seu filho, ou que não venha a ser um bom pai; é normal ter-se dúvidas quando se enfrenta o que é desconhecido (Pereira, 2005).

O pai pode recear perder o afecto e atenção da mulher para o bebé. Geralmente tem necessidades especiais, tal como a sua companheira, e é importante que a mulher esteja atenta a estas necessidades e disponível para atendê-las. Apesar dos homens serem encorajados a participar activamente na gravidez e na experiência do nascimento, algumas vezes eles preocupam-se que os seus sentimentos de ansiedade, tristeza ou medo possam perturbar as suas companheiras e, por isso, a demonstração de sentimentos e emoções não é feita.

No entanto, quando os homens partilham estes sentimentos com as suas companheiras, as relações aprofundam-se, pois este apoio mútuo pode aumentar o nível de partilha e de proximidade do casal (Colman & Colman, 1994).

A relação precoce entre pai e filho inicia-se durante a gestação e intensifica-se no momento do parto e puerpério imediato (primeiras duas horas após o parto). A relação que se estabelece entre o pai e o filho recém-nascido é definida " (...) como o processo pelo qual dois indivíduos (nesta situação o pai e o filho) adquirem um compromisso emocional e afectivo" (Burroughs, 1995, p.248). Bobak e colegas (1999) abordam a temática da adaptação paterna, referindo que existem poucos dados científicos que comprovem as ideias dos profissionais de saúde sobre a adaptação paterna à gravidez. Reforça que só nas últimas décadas os investigadores se têm preocupado com a importância do pai no processo de paternidade.

As crenças e sentimentos do pai em relação à mãe e à representação do pai ideal e a sua expectativa cultural sobre o comportamento adequado durante a gravidez influenciarão a sua resposta às necessidades da companheira. O homem pode assumir um comportamento protector ou, por outro lado, sentir-se sozinho e afastado, à medida que a mulher vai ficando mais envolvida com a criança. Alguns homens encaram a gravidez como prova da sua masculinidade e do seu papel dominante. Para outros, a gravidez nada significa em termos de responsabilidade, quer pela mãe, quer pela criança (Bobak, et al., 1999).

No entanto, para a maioria dos homens, a gravidez é encarada como um período de tempo de intensa preparação para o papel de futuro pai. A forma como os pais se ajustam ao desempenho paterno tem vindo cada

vez a ser alvo de maior número de investigações (Bobak, et al., 1999). Nas sociedades antigas era previsível o homem submeter-se a comportamentos e tabus associados à gravidez e parto. Nas sociedades ocidentais, a participação dos pais no nascimento dos filhos é normal hoje em dia. Ao tornar-se pai, as repostas emocionais do homem, as suas preocupações e necessidades de informação mudam ao longo da gravidez (Bobak, et al., 1999).

May (1982) descreve três fases que caracterizam as três tarefas de desenvolvimento experienciadas pelo pai: a fase de tomada de conhecimento da gravidez, a fase de moratória e a fase de concentração. A primeira é um período precoce que pode demorar horas ou algumas semanas. Consiste na aceitação da gravidez como facto biológico e refere-se à reacção do homem face à confirmação da gravidez e que pode ser de diferentes formas, de acordo com a sua relação com a gravidez. Pode ser um processo lento, uma vez que, nas primeiras semanas, as alterações físicas na mulher são mínimas. A fase de moratória é o período de ajuste à realidade da gravidez. Os homens tornam-se mais introspectivos e empenham-se em múltiplas temáticas sobre a sua filosofia de vida. A fase de concentração começa no último trimestre e é caracterizada pelo envolvimento activo do pai, tanto na gravidez como na sua relação com o filho.

O mesmo autor refere também diferentes respostas emocionais face às primeiras gravidezes. O estilo observador, definido pela falta de envolvimento na gravidez, mas que distingue os pais que desejam a gravidez dos que não desejam, com diferentes reacções. O estilo expressivo com uma resposta emocional intensa à gravidez e com interesse em participar totalmente. Por fim, o estilo instrumental, demonstrado por homens

que dão ênfase às tarefas a desenvolver e que se consideram "*gestores da gravidez*". Os três estilos de envolvimento dão ênfase às diferentes formas de encarar e vivenciar a gravidez pelo homem (Bobak, et al., 1999).

A transição para a parentalidade é composta por factores complexos que sofrem influência directa, ou não, do contexto em que o indivíduo está inserido, bem como das relações que estabelece com outras pessoas e com o ambiente e modelos de paternidade que o envolvem. Um estudo neste âmbito concluiu que ocorrem diversas mudanças na vida do homem nesta transição, principalmente na relação conjugal e nas prioridades de vida (Andreani, 2006).

Rodriguez (2005) refere a escassez de pesquisas sobre a experiência masculina na transição para a parentalidade no período pré-natal e menciona que os homens durante a gravidez podem experienciar aumento dos níveis de ansiedade, stress e depressão enquanto desenvolvem uma diminuição na avaliação do relacionamento conjugal.

Na análise das relações entre papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional de mulheres e homens, em contexto de transição para a parentalidade, os resultados mostraram relações significativas entre o papel sexual e o ajustamento conjugal. Nos dois estudos detectou-se uma diminuição significativa no ajustamento conjugal do período pré-natal para o pós-natal (Hernandez, 2005).

Num estudo com casais grávidos, com o objectivo de investigar os sentimentos dos homens na sua vivência como pai, Freitas, Coelho e Silva (2007) referem que surge no homem uma sensação de responsabilidade sobre a gravidez da companheira e respectivas mudanças, a qual pode levar a um distanciamento do homem neste processo.

Na experiência da paternidade pode ocorrer um distanciamento do

homem face à mulher e também alguns sentimentos de ambivalência neste período, pois a paternidade é exercida sob referenciais de masculinidade e feminilidade que orientam as representações ideológicas da sociedade para homens e mulheres (Freitas et al., 2007).

O sentir-se pai pode ser assumido em diferentes momentos: com a notícia da gravidez, com os movimentos fetais, com o nascimento e até ao longo do crescimento do filho. Da parte dos homens, é comum a rejeição de posições que sugiram a perda do papel dominante masculino e, por parte das mulheres, é frequente que considerem "antinaturais" e "imorais" algumas delas (Portelinha, 2003), como revimos anteriormente.

A parentalidade pode ser referida como um período de possíveis conflitos relacionais com a nova situação que o casal vivencia. O homem também sofre o impacto da mudança de papéis. O medo e novas responsabilidades, bem como possíveis diferenças no comportamento da companheira, levam a que o homem também vivencie esta fase de forma particular (Freitas, et al., 2007). Tenderá, pois, a passar por um processo de adaptação e maturação, no qual se espera um reajuste de papéis. Esta dimensão emocional implicará a necessidade de mais afecto, compreensão e proximidade emocional por parte do casal. Algumas destas mudanças expressam-se ou reflectem-se na vida sexual do casal, o tema essencial da nossa pesquisa. Dar-lhe-emos, por isso, um ênfase especial no item seguinte.

Sexualidade masculina e disfunções sexuais

A sexualidade humana não é um instinto; implica, como anteriormente referimos, aspectos somáticos e psíquicos, para além dos factores rela-

cionais, emocionais e psicoafectivos. Assim, a sexualidade masculina envolve uma dimensão multidisciplinar que se estende da medicina à antropologia, pode ser observada como uma função, um sofrimento, um desgosto ou um prazer (Minoun & Chaby, 1999).

Embora, a mulher seja, em geral, o principal alvo das exigências de perfeição do corpo, o homem cada vez mais se preocupa com o corpo e com a imagem. O pénis tem uma importância simbólica desde os nossos antepassados até à actualidade, sendo assumido como um marco de virilidade e masculinidade, um dos principais órgãos a que o homem dá maior atenção. A auto-imagem corporal é uma componente importante da sexualidade masculina, pelo que, quando esta é negativa, pode ter efeitos negativos na vida sexual (Pereira, 2004).

Actualmente, e cada vez mais, a imagem corporal é um dos elementos identitários essenciais tanto do homem como da mulher. Segundo Pereira (2004), corpos esbeltos e aprimorados, por vezes manipulados por programas de computador, tornam-se ilusoriamente perfeitos, exibidos pelos meios de comunicação, levam a mais exigência com o corpo, na tentativa de alcançar a perfeição física. A sexualidade masculina é, em geral, dominada pela relação sexual e o homem tende a ver o momento dessa relação como um momento isolado do resto do quotidiano, sendo capaz de separar o seu comportamento sexual do contexto (Minoun & Chaby, 1999).

A dinâmica da erecção constitui um processo importante nestas relações; esta deve-se ao afluxo de sangue aos corpos cavernosos do pénis, que são duas cavidades compostas por pequenas câmaras arteriais que se enchem de sangue e originam a tumefacção, a erecção do pénis, que permite a penetração durante o acto

sexual. A erecção é um fenómeno reflexo desencadeado perante um estímulo sensorial ou por fantasias. Um fenómeno que implica dilatação arterial activa mas, também, retenção venosa eficaz (Minoun & Chaby, 1999).

A erecção leva o homem a descobrir e a mostrar, desde a mais tenra idade, a sua importância como fonte de emoção e objecto de orgulho. Para os homens, o pénis tem tal importância que chegam mesmo a compará-lo entre amigos, avaliam o comprimento, assim como o volume dos testículos. Através destes jogos, procuram avaliar-se uns em relação aos outros e assegurar-se da sua conformidade face à norma, cor, forma, curvatura (Minoun & Chaby, 1999).

No que se refere aos estímulos que podem desencadear a erecção, Burroughs (1995) refere que a excitação sexual masculina pode ser causada por vários estímulos: verbais, tácteis, visuais, olfactivos ou orais, também acompanhados por alguma fantasia sexual.

Para uma melhor compreensão do mecanismo da erecção, passamos primeiro à descrição anatómica do pénis, elo fundamental desta dinâmica. Assim, anatomicamente o pénis é constituído por dois corpos cavernosos, dois semicilindros ligados, que terminam na frente do pénis ao nível da glande e na retaguarda separam-se e inserem-se nos ossos da bacia (púbis e isquios). Possuem uma musculatura lisa e um sistema nervoso próprio que funciona independente da vontade. Estes corpos cavernosos estão envolvidos por uma membrana fibrosa resistente que assegura a durabilidade do pénis na erecção, a albuginea. Na parte inferior do pénis, debaixo dos corpos cavernosos encontra-se o corpo esponjoso que envolve o canal urinário terminando na uretra. Esta formação alongada apresenta na extremidade anterior a glande e na face posterior o bolbo. A

glande, por sua vez, é revestida pelo prepúcio; o bolbo possui músculos potentes que também se contraem, participando na erecção (Burroughs, 1995).

Durante a erecção, os corpos cavernosos enchem-se de sangue, aumentam de volume, comprimem as veias que drenam, situadas na periferia, contraem a albuginea que não é extensível, impedindo a circulação de retorno, a pressão intracavernosa aumenta e a rigidez instala-se. Resumindo, podemos dizer que a erecção é um fenómeno passivo e, pelo contrário, é a flacidez que é um fenómeno activo, envolvendo a contractilidade. O afluxo de sangue é assegurado pela artéria cavernosa que entra nos corpos cavernosos por ramificações curtas e terminam nos espaços vasculares. Por outro lado, a artéria dorsal do pénis é independente e assegura a vascularização da glande (op. cit).

Como culminar deste processo, a ejaculação é uma expulsão reflexa de uma determinada quantidade de esperma pelo canal urinário, acompanhada habitualmente por uma sensação de prazer que pode ser mais ou menos intensa. A sensação de orgasmo acompanha as contracções musculares expulsivas que se sucedem com um intervalo de 0,8 segundos (op. cit).

A dinâmica da erecção e da sexualidade masculina, como processo que é, pode sofrer alguns percalços; surge então as disfunções da sexualidade que passamos a abordar de forma resumida.

A disfunção sexual engloba diferentes formas que impossibilitam ou dificultam que o indivíduo participe num relacionamento sexual tal como o homem ou o casal gostaria. Pode existir falta de interesse, falta de prazer, falha na resposta fisiológica necessária para a efectiva interacção sexual ou incapacidade para controlar ou experienciar o orgasmo (Nobre, 2006).

Estas disfunções sexuais podem ser classificadas com base no ciclo de resposta sexual e na dor associada ao acto sexual. Como grandes marcos na descrição deste ciclo temos os estudos de Master e Johnson (1966) e Kaplan (1979) que foram utilizados como referenciais, pelo que passamos a apresentar as suas devidas fases.

A primeira fase é denominada de desejo, constituída pelas fantasias sexuais e pelo desejo de se envolver em actividade sexual. De seguida, surge a fase de excitação, caracterizada pela sensação subjectiva de prazer sexual à qual se juntam as modificações fisiológicas respectivas. O orgasmo é a terceira fase, a qual consiste no pico do prazer sexual que se acompanha de tensão sexual, de contractilidade rítmica dos músculos do períneo, órgãos reprodutores e do esfíncter anal. A última fase chama-se resolução e caracteriza-se pela sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar. Após esta fase, o homem encontra-se fisiologicamente refractário a nova erecção, por um período variável de tempo (Nobre, 2006).

Numa outra perspectiva, Martins (2003) diz que o desejo sexual implica uma visão muito abrangente, podendo ser entendida como um impulso, uma memória e uma actividade cognitiva, envolvidos intrinsecamente. Pode ser desencadeado pela presença real de estímulos eróticos ou através de fantasias, podendo resultar também numa procura de algo que se sente falta. Refere ainda que o desejo é um processo transformativo, "uma constelação de fenómenos fisiológicos cerebrais, psíquicos, endócrinos, sociais e culturais" (Martins, 2003, p.148).

Apresentamos de forma resumida possíveis disfunções relacionadas com as fases do ciclo de resposta sexual que referimos. As perturbações do desejo podem assumir dois quadros clínicos: o desejo hipoactivo e a

aversão sexual. O primeiro é caracterizado pela pouca ou nenhuma presença de fantasias sexuais e a falta de desejo de se envolver na actividade sexual (Nobre 2006).

Até há poucos anos, o desejo sexual inibido era quase exclusivo da mulher, mas nos últimos anos a sua incidência aumentou no homem. As causas são variadíssimas, estando envolvidos factores educacionais, o stress ou excesso de trabalho, doenças crónicas e tratamentos farmacológicos (op. cit).

Estudos sobre a influência de factores sócio-demográficos no desejo sexual revelaram um marcado efeito da idade, observado na população masculina. No que se refere ao nível das habilitações literárias, identificou-se o seu efeito fortemente associado às perturbações do desejo; os homens com níveis académicos maiores apresentam menor frequência de perturbações do desejo relativamente a indivíduos com menores habilitações literárias (op. cit).

A aversão sexual caracteriza-se pelo evitamento activo do acto sexual e uma resposta aversiva, podendo até chegar a ser fóbica, parecendo estar associada a uma experiência anterior traumática (op. cit).

As perturbações da excitação sexual consistem na dificuldade ou ausência de resposta cognitiva, emocional e fisiológica dessa excitação, podendo manifestar-se pela ausência de resposta erétil. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (2000) a disfunção erétil é a persistente ou recorrente incapacidade de atingir uma erecção adequada até ao fim da actividade sexual (critério A), causando mal estar acentuado ou dificuldades interpessoais (critério B). Pode ainda ser caracterizada tendo em conta o seu início, o contexto e factores etiológicos, nos quais se englobam os psicológicos. No que se refere ao contexto, pode acontecer

em todo o tipo de actividade sexual (generalizada) ou em situações particulares (situacional) (op. cit).

O indivíduo com disfunção erétil demonstra fragilidade ao nível físico mas também psíquico, surgindo alterações na auto-estima, angústia e revolta, justificando uma intervenção multidisciplinar, desde a etiologia ao tratamento (Requixa & Rolo, 2003). Embora as estatísticas variem, Nobre (2006) refere que se pode afirmar que entre 5 a 10% da população total masculina apresenta um problema de erecção mais ou menos permanente. Os problemas eréteis preocupam 10 a 20% da população masculina, e esta aumenta com a idade. Abaixo dos 40 anos é na ordem dos 5% e acima dos 60 anos é da ordem dos 25%. Existem diferentes graus nos problemas de erecção. Porém, existem outros problemas relacionados com a ejaculação, o orgasmo e a libido.

A maioria das dificuldades sexuais sentidas pelos homens foi durante muito tempo atribuída a razões puramente psicológicas. Hoje, graças aos avanços da tecnologia e da medicina, contraria-se essa classificação deste fenómeno, uma vez que também existem inúmeras causas orgânicas (Mimoun & Chaby, 1999; Nobre, 2006).

Englobada nas causas psicológicas, surge a ansiedade, frequentemente designada como sentimento de preocupação, ânsia e angústia, pelo que se torna pertinente, neste estudo, fazer referência a esta vertente. Como estado, refere-se às reacções emocionais desagradáveis caracterizadas por sentimentos subjectivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a actividade do sistema nervoso autónomo, causando uma tensão específica fortemente relacionada com variáveis de contexto e de situação (Virela, Arbona, & Novy, 1994).

A ansiedade é um processo emocional que acompanha a interpretação

sobre a realidade do perigo, salientando-se o papel dos sentimentos subjectivos e cognições neste processo (Beck e Emery, 1985). Odriozola (2001) acrescenta que se trata de uma resposta normal e adaptativa do organismo para reagir a uma situação de ameaça real ou imaginária.

Se as emoções forem consideradas como estratégias que envolvem um conjunto de respostas somáticas e cognitivas que facilitam respostas adaptativas, então a ansiedade pode ser entendida como uma emoção que permite desencadear um comportamento defensivo perante uma ameaça (Baptista, 2000).

Os estudos sobre o papel da ansiedade no desempenho sexual já vêm de longos tempos com Kaplan (1974) e Master e Johnson (1970) que a consideraram como central na compreensão da disfuncionalidade sexual, admitindo-se mesmo que seja inibidora da resposta sexual. No global dos diversos estudos realizados em contexto clínico e laboratorial, a ansiedade por si só não parece ser central nos indivíduos com disfunção sexual. No entanto, são estudos empíricos em situações de ameaça marcante e em diferentes contextos de medo, diferente do contexto de gravidez (Nobre, 2006).

A origem psicogénica da disfunção pode ser identificada quando existem erecções nocturnas e/ou matinais, ou quando estas também ser verificam em determinadas contextos situacionais ou de parceiro. A disfunção erétil tem tratamento, permitindo a sua restauração na maioria dos casos (Minoun & Chaby, 1999).

Paranhos e Srougi (2007) dividem a disfunção erétil do ponto de vista etiológico em orgânica e psicogénica, mas referem que a maioria dos indivíduos apresenta a forma mista, na qual ambos os componentes estão envolvidos, baseando-se no facto de que são conhecidos múltiplos factores que concorrem simultaneamente

abrangendo distúrbios psicogénicos, hormonais, vasculares, neurológicos, traumáticos e farmacológicos.

A disfunção erétil orgânica divide-se em vasculogénica, neurogénica, anatómica e estrutural, hormonal e induzida por drogas. A psicogénica pode ser: tipo generalizado, falta de resposta e inibição generalizada, tipo situacional, relacionado à parceira, à performance, a distúrbios psicológicos e ajustamento. Pensava-se que 90% dos casos de disfunção erétil tinham etiologia psicogénica mas, actualmente, aceita-se que a maior parte dos casos sejam mistos, com predomínio psicogénico ou orgânico (Paranhos & Srougi, 2007).

Continuando a análise pelo ciclo de resposta sexual, o orgasmo é a resposta de clímax sexual caracterizada por um conjunto de reacções fisiológicas (contrações rítmicas dos músculos genitais e esfíncteres, no homem também a ejaculação) e subjectivas (libertação de tensão) (Nobre, 2006).

As perturbações do orgasmo no homem podem ser dificuldade ou ausência da resposta de clímax sexual ou a ejaculação prematura, com a excessiva rapidez ou ausência de controlo na obtenção da resposta orgástica. Segundo o DSM-IV-TR (2000), as perturbações do orgasmo no homem definem-se como a persistente ou recorrente atraso ou ausência de orgasmo após a fase de excitação normal (critério A), que causa mal estar acentuado ou dificuldades interpessoais (critério B) (Nobre, 2006).

A ejaculação precoce pode ser definida como a "ausência de percepção do limiar ejaculatório". Este limiar permite efectuar o controlo e dominar a ejaculação durante o acto sexual, não é um limiar fixo, pois varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o desejo, a excitação mas também situações de medo e ansiedade (Minoun & Chaby, 1999, p.39).

Quando a ejaculação precoce ocorre, a excitação sexual aumenta e atravessa o limiar que desencadeia o refluxo ejaculatório sem que se tenha consciência dos diferentes níveis de tensão sexual pré-orgástica. As causas de ejaculação precoce são quase sempre psicológicas pelo que a sua resolução também passa pelo apoio psicológico. Mas a terapia sexológica implica uma boa comunicação entre o casal (quando este esteja constituído) e um autoconhecimento do corpo pelo homem, mas pode também passar por medicação.

No entanto, a sexoterapia é uma forma de psicoterapia focalizada no problema sexual e permanece presente em todos os tratamentos para a ejaculação precoce (Minoun & Chaby, 1999).

As perturbações de dor sexual (dispareunia) referem-se à experiência de dor associada à actividade sexual, habitualmente antes, durante ou após o coito. Segundo o DSM-IV-TR (2000), é definida como dor genital associada à penetração sexual (critério A), causando mal estar acentuado ou dificuldades interpessoais (critério B) (Nobre, 2006).

A base de toda a dinâmica que temos vindo a referir passa muito pela relação conjugal que Gomes (2003) menciona como uma permanente negociação, pelo que implica saber ser firme e saber ceder, algo que nem sempre é fácil. Nas relações onde a comunicação não funciona e os estilos de vida são incompatíveis, assiste-se a uma permanente luta pelo poder, que promove o aparecimento de todo o tipo de disfuncionalidades, como: a falta de atracção, de interesse e de participação sexual, bem como, a actividade sexual extra-relação. Reforça ainda que, problemas relacionados com stress, inerentes à actividade profissional, às condições de vida, ao desemprego, ao nível económico, à auto-estima individual, à preocupação com os filhos, à falta de privaci-

dade, para não falar das alterações orgânicas, que vão surgindo ao longo da vida são inúmeros factores que podem ter importância significativa no determinar de falhas erécteis ocasionais ou permanentes.

No relacionamento conjugal está implicada também a satisfação sexual na sua globalidade e em ambos os membros do casal, uma vez que se trata de um fenómeno complexo, envolvendo todas as dinâmicas do ciclo de resposta sexual que descrevemos anteriormente. Pode ser definida como uma resposta afectiva, fruto de uma avaliação subjectiva das dimensões positivas e negativas, associadas com a relação sexual (Lawrence & Byers, 1995). Teorias prévias da sexualidade sugerem que a satisfação nas relações sexuais se baseia em factores biológicos, individuais e sociais; esses factores estruturam as preferências e comportamentos dos indivíduos nessas relações (Renaud, Byers & Pan, 1997; Waite & Joyner, 2001).

Laurence e Byers (1995) relatam a existência de um modelo interpessoal de satisfação sexual que descreve que quando existe aumento na relação sexual, os benefícios são maiores do que os prejuízos. Referem ainda que a satisfação sexual está mais dependente dos padrões do casal do que de normas exteriores.

De uma forma mais completa, Tavares (1990) define a satisfação sexual como resposta positiva ou negativa do indivíduo, relativamente a todos os comportamentos implicados no acto sexual (produto das atitudes do indivíduo perante os preliminares, a sua reacção ao acto sexual, se gosta ou não de estar com o parceiro, se confia nele e se se sente à vontade). A satisfação sexual abrange deste modo aspectos fisiológicos e psicológicos, nomeadamente os componentes sensoriais da relação sexual e da libertação da tensão sexual que ocorre com o orgasmo, bem como os

fenómenos de interacção afectiva entre parceiros (Silva & Figueiredo, 2005).

Como temos vindo a constatar, existem inúmeros factores que podem interferir na relação entre o casal e alterar a sua dinâmica, quer a nível de relacionamento afectivo, mas também sexual. A gravidez é, concretamente, um período em que emergem diversos factores que podem influir no relacionamento sexual do casal. Como já referimos e com base nos estudos consultados, confirma-se a fraca atenção que tem sido dada ao impacto da gravidez na sexualidade dos homens. No entanto, existe já algum conhecimento acumulado que nos parece pertinente salientar em seguida.

Sexualidade masculina e gravidez

Como já foi referido, poucos autores se têm dedicado ao estudo das reacções dos companheiros ao longo da gravidez (Trindade, 1987). A autora refere que Master e Johnson, em 1968, foram pioneiros nesta área ao interrogarem 69 homens acerca do tema. Os resultados do estudo revelaram uma progressiva diminuição da iniciativa sexual por parte dos companheiros partir do 2º trimestre, ou mesmo antes, pelo receio de magoar o feto ou a grávida. Referem ainda que 15% destes homens tiveram relações extraconjugais durante este período.

Outros investigadores citados por Trindade (1987) referem que existem homens que não identificaram diferenças no seu desejo sexual e outros que sentiram uma maior excitação com o aspecto da grávida.

Como já foi referido, a pesquisa de Von Sydow (1999) sobre a sexualidade durante a gravidez e após o parto revelou que, pelo menos, um terço dos casais desenvolveu distúrbios sexuais e apenas um terço dos

estudos incluíram o marido na investigação, ou seja, os homens são negligenciados na maioria dos estudos. Segundo este autor, a sexualidade nesta situação envolve sempre os dois parceiros, pelo que os homens devem ser incluídos nas investigações.

Bogren (1991) num estudo com 112 casais, numa primeira gravidez, constatou uma diminuição do desejo, na frequência e actividade sexual, nomeadamente no 3º trimestre. A satisfação sexual diminui, mas é mais evidente no 1º e 3º trimestres. A principal diferença entre os dois elementos do casal consiste na diminuição da satisfação sexual: nas mulheres esta é mais marcada no 1º trimestre, enquanto que nos homens é mais notória no 3º trimestre. O autor refere que, para as mulheres, as ideias, preocupações e fantasias podem surgir mesmo antes da confirmação da gravidez. No 1º trimestre a diminuição do desejo pode conduzir a uma diminuição da satisfação sexual. No 2º trimestre, a grávida sente-se melhor e, nesta altura, o homem também já aceita a gravidez de uma forma emocional mais próxima e com menos preocupações. Menciona ainda que no 3º trimestre o desejo sexual diminui tanto na grávida como no parceiro. O homem começa a recear magoar o filho durante as relações sexuais e as alterações corporais da mulher tornam mais difícil manter as relações sexuais como anteriormente.

Um estudo longitudinal com 25 casais refere existir um decréscimo significativo relativamente ao desejo das mulheres, não se verificando essa diminuição nos seus parceiros, pelo que a maioria dos casais recorre a práticas alternativas como o sexo oral (76%) ou o sexo anal (12%) (Barclay, Madonald & O Loughlin, 1994).

Na mesma linha, Rynerson e Lowdermilk (1996) consideram também que a diminuição do desejo sexual do

homem se deve a factores como o receio de magoar o feto ou a grávida e acrescentam ainda o medo de que o feto possa magoar o pénis, o sentir-se observado pelo feto, acreditar que é imoral ter relações sexuais com a mulher grávida e a repulsa pelo corpo grávido. Notaram ainda que, para alguns homens, estes motivos justificam o envolvimento em relações extraconjugais durante a gravidez que habitualmente terminam depois do parto.

Byrd, Hyde, DeLamater e Plant (1996) efectuaram uma investigação com 570 mulheres e 550 companheiros, em quatro momentos distintos: I) até ao quinto mês de gravidez; II) até ao período pós-parto; III) até ao quarto mês pós parto e IV) até ao 1º ano pós-parto. Aproximadamente 90% dos casais mantêm relações sexuais nas fases I, III e IV, e a percentagem diminui drasticamente em II (19%). Concluem que existirá uma diminuição acentuada no âmbito do relacionamento sexual do quinto mês de gravidez ao 1º mês do pós-parto.

Von Sydow (1999) obteve resultados semelhantes: na maioria dos casais, é o homem quem mostra mais iniciativa, antes ou durante a gravidez. Refere ainda que, na maior parte das vezes, o que motiva as mulheres para a relação sexual prende-se com as necessidades do parceiro, obrigação marital, ocorrendo esta situação ao longo do processo de transição para a parentalidade e particularmente na primeira experiência coital pós parto. No que se refere ao interesse sexual masculino, os dados sugeriram a existência de manutenção do interesse até ao final do 2º trimestre e uma diminuição significativa no 3º trimestre.

Relativamente à iniciativa sexual, o parceiro é referido como mais marcante neste aspecto, pois cerca de 54% das vezes é ele quem toma a iniciativa para a actividade sexual, em 45 % das vezes a iniciativa é de

ambos e apenas 1% a iniciativa é da mulher (Orgi et al., 2002).

Reichenbach, Alla e Lonson (2001) realizaram um estudo dirigido à população masculina, com a finalidade de avaliar a evolução da actividade coital e não coital do homem durante a gravidez. O estudo concluiu que, nos homens, o desejo sexual e o prazer diminuíram ligeiramente no 1º e 2º trimestre e uma redução repentina no 3º trimestre. Referem, contudo, que a relação afectiva do casal permaneceu estável.

Pacey (2004) efectuou uma investigação, tendo como ponto de partida a compilação de várias investigações, sobre os casais com problemas sexuais durante a gravidez e o pós-parto, após o nascimento do 1º filho, analisando os diversos factores que contribuíam para a diminuição da qualidade do relacionamento do casal. Constatou que a maioria dos estudos incidia sempre na sexualidade das mulheres, tanto na gravidez como no pós-parto, deixando por explorar a perspectiva masculina. Nas conclusões, parece que, na transição para a parentalidade, o casal manifesta-se satisfeito com o nascimento do bebé, mas a intimidade conjugal sofre grandes alterações, chegando mesmo a algumas situações de divórcio.

Num estudo recente, acerca da sexualidade na gravidez, mais concretamente na avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros, não se verificaram diferenças em termos de conhecimento entre os membros do casal. No entanto, realça-se que os homens mostraram mais crenças negativas acerca da sexualidade na gravidez do que as grávidas. Destaca-se que os casais reconhecem a necessidade de formação e a importância do tema da sexualidade na gravidez (Oliveira, 2008).

Provavelmente, por efeitos de construção social do género, poderá ser mais frequente que sejam os homens a manifestar o desejo de haver mais

relações sexuais, ainda que as mulheres também as desejem. Estas poderão colocar em primeiro lugar a carência afectiva, pois o desejo do homem articula-se mais em torno do sexo e da potência sexual, enquanto que o da mulher está mais ligado à qualidade da relação afectiva (Minoun & Chaby, 1999).

A sexualidade masculina é, assim, antes de mais, uma história subjectiva que passa pela autonomia afectiva e emocional que mobiliza a personalidade do casal. É talvez o único momento em que homem e mulher são eles próprios, com os seus desejos, expressão de alegrias, crenças ou inibições. É a expressão de um enredo entre as dinâmicas fisiológicas e psicológicas (Minoun & Chaby, 1999). Brown e McDanel (2008) afirmam que tanto a gravidez como o pós-parto podem causar alterações significativas, chegando a interferir com a sexualidade e o desejo. Estes autores defendem que é importante começar a abordar estes temas nas consultas pré-natal, contribuindo para a sua desmistificação. O estudo que desenvolvemos poderá ser um contributo nesse sentido.

Referências bibliográficas

1. Adinma, J. I. (1995). Sexual activity during and after pregnancy. *Contraception*, 12, 53-61.
2. Andrade, M. I. (1996). *Labirintos da sexualidade*. Porto: Porto Editora.
3. Andreani, G. (2006). Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez e durante a transição para a parentalidade. Tese de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
4. APF (1999). *Carta dos direitos sexuais e reprodutivos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
5. Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In Coord. I. Soares. *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Editora Quarteto, 88-141.
- Barbaut, J. (1991). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar.

6. Barclay, L., Madonald, P. & O Loughlin, J.A. (1994). Sexuality and pregnancy. An interview study. Australian and New Zeland. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 34, 1-7.
7. Bardají, F., Barrera, A., Béltran, O., Bertranpetit, J., Bestard, J. & Bover, A. (1986). As Raças Humanas. Vol-1-4. Barcelona: Resomnia Editores.
8. Beck, A. T. & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books.
9. Bermudéz, M. P., Sanches, A. I. & Buela-Casal, G. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. Psychology in Spain, 5 (1), 14-16.
10. Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jenson, M. (1999). Enfermagem na Maternidade. 4ª Edição, Loures: Lusociência.
11. Bogren, L. Y. (1991). Changes in sexuality in woman and men during pregnancy. Archives of Sexual Behaviour, 20, 35-45.
12. Branco, J. (1989). Alterações do comportamento sexual na gravidez. Jornal do Médico, 117, 457-458.
13. Brown, H.L. & McDainel, M.L. (2008). A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. Current Sexual Health Reports, 5 (1) 1548-3584.
14. Burroughs, A. (1995). Uma Introdução à Enfermagem Materna. 6ª Ed.. Porto Alegre: Artes Médicas.
15. Byrd J. Hyde, J., DeLamater, J. & Plant, E. (1998). Sexuality during pregnancy and the year post partum. In Journal of Family and Practice, 47, 305-308.
16. Camus, J. (2000). O verdadeiro papel do pai. In M. C. Canavarro. Psicologia da gravidez e da maternidade. Porto: Âmbar.
17. Canavarro, M. C. (2006). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.
18. Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). Metodologia de Investigação. Guia para a Auto-Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
19. Coleman, E. (2000). Revolutionary changes in sexuality in third millennium: sexual health, diversity and sexual rights. In J. Emling, M., Borrás-Valls, Perez-Conchillo & E. Coleman, Sexuality in New Millennium. Bologna: Editrice Compositori, 1-9.
20. Collière, M. F. (1989). Promover a Vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
21. Colman, L. & Colman, A. (1994). Gravidez uma Experiência Psicológica. Lisboa: Edições Colibri.
22. Cordeiro, D. (1987). A saúde Mental e a Vida. Lisboa: Edições Salamandra.
23. Couto, G. (1997). Preparação para o Parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência.
24. Crawford, M. (2008). Viver o Sexo com Prazer. 2ª edição. Lisboa: A Esfera dos Livros.
25. De Judicibus, M. A. & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research, 39 (2), 94-103.
26. Diniz, J. (1993). A humana sexualidade. Reflexões psicanalíticas sobre a sexualidade na clínica. Revista Portuguesa de Psicanálise, 2, 55-62.
27. Direcção Geral da Saúde (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010, mais saúde para todos; Vol I – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
28. Direcção Geral da Saúde (2008). Programa nacional de Saúde reprodutiva e Planeamento familiar. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
29. Elliott, S. & Watson, J. (1985). Sex During Pregnancy and the first postnatal year. Journal of Psychosomatic Research, 29, 541-548.
30. Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
31. Freitas, W., Coelho, E. & Silva, A. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. Cadernos de Saúde Pública, 23 (1), 137-145.
32. Galvão, J. (2000). Um Olhar Sobre a Sexualidade Humana para uma Parentalidade Responsável. Lisboa: Editora Paulinas.
33. Gokyildiz, S. & Beji, N. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. Journal of Sex e Marital Therapy, 31(3), 201-215.
34. Gomes, R. (2003). A Intimidade Sexual na Intimidade Conjugal. In L., Fonseca, C., Soares, J. M. Vaz. (Org.), A Sexologia – Perspectiva multidisciplinar I, 111-128. Coimbra: Quarteto editora.
35. Graça, L. M. (2005). Medicina Materno-Fetal. 3ª edição, Lisboa: Lidel.
36. Gregersen, E. (1983). Práticas Sexuais – A História da Sexualidade Humana. São Paulo: Roca.
37. Haines, C. J., Shan Y. O., Kuen C.L., Leung D.H.Y., Chung T.K.H., & Chin, R. (1996). Sexual behaviour during pregnancy among Hong Kong Chinese Woman. Journal of Psychosomatic Research, 40 (3), 299-304.
38. Helman, C. G. (1994). Cultura Saúde e doença. 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.
39. Hernandez, J. (2005). Papeis sexuais, ajuntamento conjugal e emocional na transição para a parentalidade – Tese doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, Rio Grande do Sul.
40. Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Lisboa: Lusociência.
41. Kaplan, H. (1974). The New Sex Therapy. New York: Bruner/Mazel.
42. Kaplan, H. (1979). Anatomia e Fisiologia da resposta sexual. In: A Nova terapia do sexo. Rio de Janeiro: Edições Nova fronteira, 22-48.
43. Kitzinger, S. (1984). A Experiência do Parto. Lisboa: Instituto Piaget.
44. Kitzinger, S. (1996). Mães: um estudo antropológico da maternidade. 2ª Ed.. Lisboa: Ed. Presença.
45. Lawrence, K. & Byers, S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships; The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. In Personal relationship, 2, 267-285.
46. Lazar, M. C. S. (2002). Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico/puerperal. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
47. Lowdermilk, D., Perry, S. & Bobak, I. (2002). O Cuidado em Enfermagem Materna, 5ª edição. Loures: Lusociência.
48. Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nauhoum, J. C. (1997). Nós estamos grávidos. 10ª ed. São Paulo: Editora Saraiva.
49. Maroco, J. (2003). Análise Estatística – com a utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
50. Martins, M. F. S. V. (2003). Mitos e Crenças na gravidez: Sabedoria e Segredos Tradicionais das Mulheres de Seis Concelhos do Distrito de Braga. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Braga.
51. Martins, S. (2003). Alterações do desejo sexual masculino In L., Fonseca, C., Soares, J. M. Vaz. A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I, 145-160 – Coimbra: Quarteto editora.
52. Martins, S., Gouveia, S., Correia, S., Nascimento, C., Sandes A. R., Figueira, J., Valente, S., Rocha, E. & Silva, L. (2007). Sexualidade na gravidez: a influência no bebé? Mitos, atitudes e informação das mães. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23, 369-378.
53. Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). Human Sexual Response. Boston: Little Brown.
54. Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970). Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown.
55. May, K. A. (1982). Three phases of father involvement in pregnancy. Nursing Research, 31 (6), 337-342.
56. Medeiros, M. (2000). Satisfação sexual e relacionamento conjugal na gravidez. Estudo comparativo. Tese de Mestrado.

- Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
57. Minoun, S. & Chaby, L. (1999). *A Sexualidade Masculina*. Lisboa: Instituto Piaget.
 58. Moreira, A.A.M. (2003). Disfunções sexuais masculinas, definição, classificação e incidência. In L., Fonseca, C., Soares, J. M. Vaz. *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I*, 131-144. Coimbra: Quarteto editora.
 59. Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais. Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
 60. Odriozola, E. E. (2001). *Perturbações da Ansiedade na Infância*. Lisboa: Mac Graw-Hill Editora.
 61. Oliveira, C. (2008). *A sexualidade na gravidez – Avaliação das necessidades de formação em grávidas e seus companheiros*. Tese de Mestrado em Educação. Universidade do Minho, Braga.
 62. Orji, E. O., Ogunlola, I. O. & Fasubaa O. B. (2002). Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal Obstetrics Gynaecology*, 22(2), 166-168.
 63. Oruç, S., Esen A., Lain S. & Hakan A. (1999). Sexual behaviour during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39, 48-50.
 64. Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 223-240.
 65. Pacheco, J. & Gamito, L. (1993). *O Sexo é de Todas as Idades*. Lisboa: Editorial Caminho.
 66. Paranhos, M. & Srougi, M. (2007). *Disfunção Sexual, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Editora Manole.
 67. Pereira, M. R. F. (2005). *O Sexo depois do Sexo – A Sexualidade durante a gravidez*. Tese Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
 68. Pereira, N. M. (2004). *Imagem Corporal e Identidade Sexual nos Dimorfismos Penianos*. Dissertação Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
 69. Piccinini, C. A., Silva, M.R., Gonçalves, T. R., Tudge, J. & Lopes, R. S. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexões e crítica*, 17 (3), 303-314.
 70. Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ªed. Porto: Artes Médicas.
 71. Portelinha, C. (2003). *Sexualidade Durante a Gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora.
 72. Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ªed., Lisboa: Gradiva.
 73. Reichenbach, S., Alla, F., & Lonson, J. (2001). Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. In *Sexologies*, 42 (11), 1-8.
 74. Renaud, C., Byers, S. & Pan, I. (1997). Sexual and relationships satisfaction in mainland. *The Journal of Sex Research*, 34, 399-411.
 75. Reixia, A. & Rolo, F. (2003). *Abordagem clínica da disfunção erétil*. In L., Fonseca, C., Soares, J. M. Vaz. *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I*, 183-196 – Coimbra: Quarteto Editora.
 76. Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coleção Psicólogos, Série Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto.
 77. Ribeiro, J. L. P. (1998). *A Psicologia da Saúde e a Doença*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
 78. Robson, K. M., Brant, H. A. & Kumar, R. (1983). Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. In *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88, 882-889.
 79. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J & Mishra A. (1997). The international index of erectile function (IIFE) a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-30.
 80. Ryding, E. (1984). Sexuality During and after pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 63, 679-682.
 81. Rymerson, B. C. & Lowdermilk, D. L. (1996). *Intimidades sexuais durante a gestação*. In A., Knuppel, A., Robert & J., Drukker (Org.), *Alto risco em Obstetrícia*. Um enfoque multidisciplinar, 2ªed. Porto Alegre: Artes médicas, 217-229.
 82. Silva, A. I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica* 25 (3), 253-264.
 83. Spielberger, C. D. Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G. A. (1989). *Stat-trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. 2ª ed. Flórida: Consulting Psychologists Press.
 84. Sprecher, S., Barbee, A. & Schwartz, P. (1995). "Was it good for you, too?". Gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32, 3-15.
 85. Sueiro, E., Gayoso, P., Perdiz, C. & Doval, J. L. (1998). Embarazo e sexualidad. *Atencion Primaria*, 15, 340-346.
 86. Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª ed Loures: Lusociencia.
 87. Taborda, L. (2000). *Sexualidade e gravidez na mulher*. Tese de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
 88. Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e no pós parto. *Análise Psicológica*, 8 (4), 389-398.
 89. Trindade, L. (1987). *A sexualidade na gravidez*. In F.Allen Gomes; A. Albuquerque & J. Silveira Nunes (Eds), *Sexologia em Portugal*. Vol I, Lisboa: Texto Editora, 84-93.
 90. Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo Veintiuno.
 91. Vellay, P. (1998). *A Vida Sexual da Mulher. O método psicoprofilático do parto sem dor*. 8ªed. Lisboa: Editorial Estampa.
 92. Virela, B., Arbona, C. & Novy, D. M. (1994). Psychometric Properties and Factor structure of the Spanish Version of the state-trait anxiety inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63, 401-412.
 93. Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A meta-content analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.
 94. Waite, L., & Joyner, K. (2001). Emotional Satisfaction and Physical Pleasure in Sexual Unions: Time Horizon, Sexual Behavior, and Sexual Exclusivity. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 247-264.
 95. White, S. & Reamy, K. (1982). Sexuality and pregnancy: A review. *Archives of sexual Behaviour*, 11, 429-444.
 96. WHO (1975). *Education and Treatment in Human Sexuality: the training of health professionals*. WHO technical report series nº 572. Geneva: World Health Organization.

Os autores

Dora Honorato Carteiro, MSc
menezesclarisse@hotmail.com
Enfermeira do Centro de Saúde de Torres Vedras. Mestre em Sexologia pela ULHT. Investigadora da ISEX – Associação para o Estudo Avançado da Sexualidade Humana.

António Manuel Marques, MSc, PhD
am.marques49@sapo.pt
Sociólogo e Investigador. Mestre e Doutoramento em Psicologia Social. Professor-Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Membro da APF – Associação para o Planeamento da Família.